

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

N°

THÈSE

386

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Arnaud BRUNET

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne de l'Hôpital Péan

né le 1^{er} Octobre 1906, à Tacane, Saint-Apre (Dordogne)

**Contribution à l'Etude des cloisons
congénitales du Vagin par Diaphragme
transversal et leur traitement chirurgical**

Président : J.-L. FAURE

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

23, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1930

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Arnaud BRUNET

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne de l'Hôpital Péan

né le 1^{er} Octobre 1906, à Tacane, Saint-Apre (Dordogne)

**Contribution à l'Etude des cloisons
congénitales du Vagin par Diaphragme
transversal et leur traitement chirurgical**

Président : J.-L. FAURE

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1930



LE DOYEN M ROGER

I. - PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPEP.
Hygiène et médecine préventive	TANGN.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMELIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	(Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE CHERIS

*Faible témoignage de ma tendresse et de
ma reconnaissance infinies.*

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MA TANTE EUGENIE

A MON GRAND-PERE

A MON FRERE JEAN

A MES CAMARADES ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider notre thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE BORDEAUX ET DE PARIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL PEAN

Docteur DELAUNAY

Chirurgien-Chef

Docteur ROBERT-DIDIER

*qui nous a suggéré ce travail et dont les
conseils éclairés nous ont permis de le
réaliser.*

Docteur F. BESSET

Docteur C. ROCHE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551825_0035

INTRODUCTION

Pendant notre stage à l'hôpital Péan, M. le Docteur Robert Didier eut l'occasion d'observer et d'opérer un cas de cloisonnement transversal du vagin d'origine congénitale.

C'est d'après ses conseils que nous avons entrepris le travail dont nous allons exposer les détails et grâce à lui que nous l'avons réalisé.

Qu'il nous soit permis de lui dire ici toute notre gratitude.

Nous souvenant de cas semblables qui ont fait l'objet de communications récentes du regretté Professeur Lecène, nous avons cherché à y ajouter les observations que la littérature médicale pouvait nous fournir : ceci à seule fin de dégager d'un ensemble de faits une étude synthétique de ces malformations et d'en instituer un traitement à la fois fondé sur la logique et à l'abri des inconvénients que l'expérience a révélés.

La chirurgie moderne aura ainsi essayé de renouveler en les complétant les thérapeutiques périmées.

Nous ne prétendons pas enfermer dans un cadre

rigide la technique opératoire qui reste toujours fonction des circonstances particulières et de l'initiative du chirurgien. Mais nous serions heureux si, profitant des leçons du passé, nous avions d'une façon générale fixé le traitement des cloisonnements transversaux du vagin tel qu'on peut actuellement l'envisager.

Nous tracerons d'abord un rapide tableau de l'histoire, de l'anatomie et de la pathogénie de la question.

Puis nous passerons en revue les symptômes qui doivent en éclairer le diagnostic et le pronostic et nous terminerons sur le traitement par l'intervention chirurgicale avec ses indications et sa technique.

Nous demandons toute l'indulgence du lecteur pour ce travail qui, pour n'être point parfait, a le seul mérite d'avoir été exécuté avec toute notre bonne volonté.

DEFINITION

Les cloisonnements transversaux du vagin sont des membranes fibreuses, d'épaisseur variable, percées ou non d'orifices, pouvant siéger à n'importe quelle hauteur du conduit vulvo-utérin, mais rencontrées le plus souvent à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen.

Ces cloisons occasionnant un syndrome de dysménorrhée ou de rétention menstruelle, et rendant difficile ou impossible le coït et la fécondation, portent à la vie physiologique de la femme un grave préjudice.

Pour limiter le sujet, éliminons d'abord les atrésies vulvaires et utérines, les atrésies accidentelles du vagin et enfin les brides et cloisonnements longitudinaux pour nous occuper uniquement des membranes transversales du vagin de nature congénitale.

Nous éviterons autant que possible le terme « atrésie » dont le sens étymologique [a, privatif, tréstrou] ne désigne pas les cloisons perforées.

HISTORIQUE

Depuis très longtemps, les auteurs anciens ont reconnu et décrit les accidents de l'imperforation génitale de la femme. Cependant tous, semble-t-il, ont ignoré qu'il pouvait exister une imperfection au-dessus de la vulve.

Hippocrate dans son « Traité des maladies des femmes » parle de « matrice bouchée », mais le contexte fait plutôt songer à des atrésies accidentelles et vulvaires.

Celse est le premier qui ait fait le départ entre atrésies congénitales et accidentelles. « Tantôt, dit-il, « la malformation se produit dès la création de l'enfant « au ventre de la mère, tantôt à la suite de quelque « ulcère précédent et mal gouverné ».

Pline l'ancien raconte que la mère des Gracques : Cornélie, serait née le vagin imperforé.

Au v^e siècle, Aétius d'Amide décrit trois espèces d'atrésies : « Aucunes de naissance n'ont point la « nature percée et ce en trois manières : à d'aucunes « s'engendre une carnosité ou membrane qui la bouche

« aux bords d'icelle; à d'aucunes dans la capacité si-
« neuse de cette partie; à d'aucunes près l'orifice de la
« matrice. » (Trad. Delechamps).

Tel est le plus lointain renseignement où nous puis-
sions reconnaître le cloisonnement transversal du vagin
qui n'est une imperforation ni utérine, ni vulvaire.

Aétius explique même son mode opératoire : il in-
cise ces cloisonnements et « tient écartées les lèvres de
la plaie au moyen d'un cylindre d'étain », l'ancêtre du
speculum matricis.

Avicenne au XI^e siècle classe les atrésies en deux
catégories suivant qu'elles sont un obstacle à la sortie
des règles ou à celle de l'enfant : il conseille de les
rompre avec le doigt entouré d'un linge.

Albucasis distinguant entre atrésies congénitales et
accidentelles (Alb. Traduction Leclerc) conseille la
déchirure ou l'incision au bistouri en forme de feuille de
myrte et recommande la pratique ultérieure de coïts
répétés.

« Daleschamps écrit au XVI^e siècle : « Cette mala-
« die donne grand empêchement à recevoir la compa-
« gnie de l'homme, à concevoir et enfanter et à rendre
« la purgation menstruale si la carnosité bouche du tout
« le passage car en d'aucunes femmes elle est pertuisée
« au milieu. »

Au XVII^e siècle, Ruisch fournit la première obser-
vation d'accouchement empêché par une cloison mem-
braneuse située derrière l'hymen : ses idées là-dessus

ont été développées par son élève Astruc qui en 1761 à la page 229 de son « Traité des maladies des femmes » expose que « les règles peuvent être retenues par une peau placée en travers du vagin et en fermant le passage ».

Au XVIII^e siècle, sur les bases dès lors posées, les observations des médecins et des accoucheurs se multiplient, mais dans le nombre, pour une immense majorité d'imperforations de l'hymen, on ne trouve qu'infinitement peu de cloisons transversales complètes.

Et tandis que les imperforations du vagin donnent lieu à de nombreux travaux de Bas, Villette (1812-1824), S. Cooper (Dictionnaire de Chirurgie), Robin, Ledru, Serrière, il faut arriver à la thèse d'agrégation de L. Le Fort (1863) sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin pour trouver une étude un peu poussée des atrésies par cloisonnement complet.

Le 11 janvier 1928, le Professeur Lécène, par son rapport à la Société de Chirurgie, (rapport probablement motivé par la communication qu'avait faite le D^r Tierny d'Arras, un mois auparavant) a donné un regain d'actualité à la question qui s'est enrichie depuis de quelques cas.

Enfin, nous avons pu ajouter à l'ensemble de nos observations un cas récent qu'a bien voulu nous communiquer le D^r Robert Didier, dont le résultat opératoire illustrera, nous l'espérons, la synthèse que nous avons tentée.

ANATOMIE

Les cloisons transversales du vagin dont la hauteur dans ce canal peut varier sont toujours constituées par un plan membraneux plus ou moins résistant, placé de champ et fermant sur un point de son parcours le conduit vulvo-utérin.

Cette membrane peut être ou non percée d'un orifice qui occupe en général le centre de la cloison, mais peut siéger sur les parties latérales : parfois on peut trouver plusieurs orifices : Témoin le cas de M. Déville à la Société anatomique (Bulletin Société Anatomique 1846, page 13) où il est dit que le vagin portait une cloison membraneuse percée de trous.

Parfois deux orifices seulement, mais situés symétriquement sur les parties latérales (Observation du D^r Jarjavay. Voir plus loin). Quelquefois on se trouve en présence de plusieurs membranes (cas Fiosto de Metz).

Le diamètre est des plus variables : Large de deux centimètres $\frac{1}{2}$ (Observation Kiwish in Scanzoni. Voir plus loin) il peut devenir étroit au point d'admettre seu-

lement la pointe d'un fin stylet. Le plus souvent l'orifice admet un crayon.

STRUCTURE. — Les tissus qui entrent dans la composition de ce diaphragme varient avec son épaisseur. Mince, il est constitué par deux muqueuses adossées. Epais, on y rencontre quelques éléments musculaires et surtout des fibres conjonctives. La partie muqueuse se continue avec celle du vagin : les fibres musculaires, quand elles existent vont sans doute s'entremêler avec celles qui constituent la tunique moyenne du vagin.

Au-dessus et au-dessous de l'obstacle, le vagin est normal. Il faut signaler que dans le cas de cloison complète le segment supérieur se dilate sous la pression du sang menstruel.

Le segment inférieur peut suivre le même processus si une imperforation de l'hymen complique un cloisonnement avec orifice suffisant. Il se forme alors deux poches séparées par la membrane. Nous citons plus loin deux observations de Délisle et de Sabathier s'y rapportant.

PATHOGENIE

Les cloisonnements transversaux du vagin étant congénitaux, il est logique de chercher leur origine dans un vice du développement de ce canal. Ils sont facilement explicables si on admet la théorie de Roetterer, Pozzi et Vautrin (*Gynécologie* 1920, tome XIX). On sait que sa portion la plus élevée se forme aux dépens de l'extrémité inférieure des conduits de Müller dont les parties moyenne et supérieure donnent naissance aux trompes et à l'utérus.

Mais primitivement le vagin n'aboutit pas au cloaque directement, et seulement par l'intermédiaire d'un conduit vestibulaire assez long.

Au centre de ce conduit se produit au premier mois de la vie intra-utérine un travail de résorption : une nouvelle cavité se forme qui marche à la rencontre des cloaques et constituera la partie moyenne du vagin.

De cette façon le cloisonnement transversal s'expliquerait par un arrêt de développement.

Si le travail de résorption manque complètement dans la portion intermédiaire, on aura une atrésie fibreuse d'une certaine étendue, mais s'il arrête son développement déjà amorcé on peut avoir plusieurs cas :

1) Si le travail cesse aux deux extrémités, ce sera la cavité prise entre deux imperforations.

2) Si le travail cesse d'un seul côté nous n'aurons plus qu'une imperforation, soit hymen, soit cloison membraneuse supérieure. C'est en somme un processus semblable aux imperforations du rectum, et ce cloisonnement du vagin peut être :

1°) une membrane mince et avasculaire;

2°) une cloison épaisse et charnue;

3°) un ensemble de rétrécissements multiples étagés sur un vagin cartonné.

Dans les cas où on trouve deux orifices situés de chaque côté de la ligne médiane, on peut admettre qu'ils forment les derniers vestiges des canaux de Müller.

Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion de Ledru (thèse, De l'Hymen) qui attribue le cloisonnement à un dédoublement pendant la grossesse de l'hymen tirailé par l'utérus. Il suffit de rappeler que ces membranes sont congénitales et n'ont pas attendu la gestation pour se manifester.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous diviserons ces signes en fonctionnels et physiques.

I. — SIGNES FONCTIONNELS

Les médecins anciens les avaient brièvement résumé par ces mots « *impediuntur purgatio, coïtus et conceptio.* »

a) *Les troubles de la menstruation* : En général, on trouve tous les signes (pesanteur aux lombes, lassitude des jambes, courbature, congestion mammaire) qui accompagnent ordinairement les règles, sauf les règles elles-mêmes : Dès lors s'installe le syndrome classique de rétention menstruelle. Soit : douleurs à l'époque des règles, qui se prolongent, finissent par ne laisser aucun repos à la malade.

L'utérus distendu se contracte et peut provoquer des douleurs analogues à celles de l'accouchement.

La santé s'altère et la chloro-anémie s'installe progressivement.

La période de tolérance est plus ou moins longue :

La malade d'Utili (Gazette médicale 1858, page 721) avait 28 ans. Celle de Lans (Dublin, Méd. press. 1841) avait 35 ans. Celle de Chevalier (Journal de Médecine de Corvisart 1809, t. XVIII, page 186), en avait 36.

Cet utérus augmenté de volume, exerce des phénomènes de compression mécanique du rectum avec constipation; du col de la vessie : rétention d'urine; de l'uretère : hydronéphrose; du plexus sacré : douleurs névralgiques. Le cathétérisme urétral est rendu difficile car l'urèthre est comprimé et diminué dans son diamètre par l'allongement du fait du déplacement de la vessie en haut et en avant.

b) *Rapports sexuels*. Ils sont loin d'être toujours impossibles, leur difficulté varie avec la hauteur de la cloison. Mais si celle-ci est bas située, l'intromission de la verge est bien difficile, à moins que sous des efforts trop vigoureux de l'homme, la membrane ne cède; malheureusement la rupture de la paroi rectovaginale peut se produire en même temps, comme en témoigne ce cas de Plazzani : *De partibus Generat*, lib. 2 cap. 14, page 164).

« *Juvenis quidam cum sponsa juvencula prima nocte congressurus valida ventri intrusione et violenta festina-*

tione, non modo utéri cervicem sed et ipsum intestinum rectum perrupit ».

Quand l'intromission est en partie possible, les intéressés peuvent très bien se figurer qu'il en est ainsi normalement surtout s'ils ont une égale inexpérience de l'acte conjugal.

c) *Fécondation.*

Il faut que le cloisonnement soit complet sans orifice pour que la fécondation soit impossible; s'il est perforé, le spermatozoïde utilise facilement cette voie; d'ailleurs la science est fertile en exemples de fécondation sans rupture de l'hymen (processus analogue). Certes les cloisons ont une influence sur la fécondation ou la non fécondation des femmes, mais elles constituent un obstacle très souvent insuffisant à la reproduction.

II. — SIGNES PHYSIQUES

Les signes fonctionnels que nous venons d'énumérer ne peuvent qu'orienter vers un diagnostic le cloisonnement, seul l'examen local du malade peut fournir des renseignements suffisants pour l'affirmer.

a) *Le palper abdominal* fera apprécier seulement une tuméfaction plus ou moins volumineuse située dans la région sous-ombilicale et quelquefois de chaque côté une tumeur plus petite dûe à la dilatation des trompes.

b) *Le toucher vaginal* permet un diagnostic certain si la femme a été déflorée. Dans le cas contraire ce mode d'examen est très peu utile car la membrane hymen aura rarement un orifice suffisant pour admettre le doigt.

c) *Toucher rectal*. Il faudra alors se contenter du toucher rectal qui permettra de sentir une tuméfaction tendue, assez dure dans le vagin; tumeur qui a une limite inférieure bien déterminée au niveau d'une sorte de bride atrésique que le doigt devine et localise.

Dans le cas de membrane supérieure avec orifice inexistant et imperforation de l'hymen on sentirait deux tumeurs situées l'une au-dessus de l'autre comme les boules d'un sablier.

d) Une sonde ou un hystéromètre introduit dans l'orifice donnera la hauteur de la cavité.

L'examen au spéculum. Si l'introduction de cet instrument est possible, il ne sera pas négligé. Il permet de voir la membrane obturatrice et son orifice s'il y a lieu : celui-ci, parfois très difficile à découvrir peut être bouché par un peu de mucus; la plupart du temps, on voit le sang des règles qui s'écoule goutte à goutte révélant un petit pertuis.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif s'impose pourvu qu'on y songe. On est forcément amené à pratiquer un toucher vaginal ou rectal qui arrive toujours à une certitude; néanmoins on pourrait confondre le cloisonnement transversal du vagin avec :

a) L'hymen refoulé dans la cavité vaginale — mais l'erreur n'est pas possible, si on examine les points d'insertion de la cloison et de l'hymen qui ne sont pas du tout les mêmes.

b) L'absence congénitale de la portion vaginale du col utérin et brièveté du vagin — mais la portion du col utérin se reconnaîtra toujours à sa consistance et sa résistance plus grandes à sa partie centrale qu'à la périphérie tandis que l'inverse se produit dans le cloisonnement.

c) Le col effacé et commençant à se dilater — mais dans aucune observation cette erreur n'a été commise et il faudrait admettre qu'aucun toucher n'ait été pratiqué auparavant.

d) Le col déformé par des accouchements antérieurs et réduit à un bourrelet : dans ce cas le diagnostic est plus difficile et la brièveté du vagin sera le seul moyen de reconnaître un cloisonnement.

PRONOSTIC

Dans les cloisonnements avec orifice ce qui est le cas le plus fréquent, le pronostic est favorable jusqu'au moment de l'accouchement.

Il n'en est pas de même dans les cas de chambre utéro-vaginale absolument close car les troubles menstruels, la rétention des règles, la dilatation de l'utérus, sa rupture possible sont des éléments de gravité qui assombrissent beaucoup l'avenir si le traitement n'intervient pas.

TRAITEMENT

Nous ne pouvons parler d'une thérapeutique type du cloisonnement, les méthodes variant avec les circonstances et le bistouri devant se plier aux caprices de la nature.

En tout cas il ne saurait être question de médications internes : les résultats en ont été désastreux. Un seul traitement est possible : l'intervention chirurgicale.

Que le cloisonnement soit complet ou incomplet il faut le supprimer.

Quand faut-il opérer?

Nous pensons que le plutôt est le mieux ; si possible avant la puberté pour ne pas exposer la jeune fille à des douleurs et à de graves accidents. Mais ordinairement ce n'est qu'après l'établissement de la menstruation qu'on reconnaît l'existence de cloisonnements, l'attention se trouvant attirée par la rétention du sang des règles.

Si l'hymen est suffisant pour admettre le petit spéculum (spéculum ani) on pourra, guidé par cet instrument, arriver sur l'obstacle pour le ponctionner et l'inciser.

Si l'orifice est insuffisant nous pensons qu'il y a lieu, sans hésitation, de sacrifier l'hymen : la vie de la femme est menacée ou peut l'être d'un moment à l'autre et la conservation de l'hymen compte bien peu en face d'aussi péremptoires arguments.

On ne devra jamais à moins d'urgence absolue intervenir pendant la période menstruelle à cause du danger des moindres opérations pratiquées pendant le temps de l'activité utérine.

Nous arrivons maintenant au choix du mode opératoire :

Dans les observations que nous avons rapportées l'intervention consistait presque exclusivement soit en une ponction au trocart ou au bistouri, soit en une ouverture en deux temps.

Les chirurgiens anglais (*Médical Times and Gaz.* 1868) Bermutz, Thomson, Chassagnac, Gosselin optent pour les 2 temps; Bonnecasse (Thèse 1872) objecte que cette pratique favorise l'entrée de l'air dans la cavité utérine et la putréfaction de son contenu.

Vers 1880, la ponction au bistouri suivie d'une incision large et cruciale avait rallié à peu près tous les chirurgiens; on s'est servi aussi de la sonde de Belloc (*Observ. du prof. Jarjavay*) puis du galvano-cautère; on a tenté le débridement au bistouri de Cooper, le déchirement de l'obstacle par le doigt, par des pinces, mais peu à peu les inconvénients de l'incision simple ont été constatés soit dans des récidives de rétention menstruelle

soit qu'il ait fallu renouveler l'intervention après un an ou moins pour effacer une bride cicatricielle, soit enfin qu'un accouchement ultérieur ait produit (dans le cas de cloisonnement épais) un déchirement de la bride et en même temps de la muqueuse.

Il est certain que la cloison seulement incisée ou même dilatée se rétractait vers la muqueuse du vagin pour y adopter une situation nouvelle, mais l'élément fibreux subsistait.

Il faut arriver à ces dernières années pour trouver dans les chirurgiens modernes, en particulier le Professeur Lecène, les réalisateurs de l'excision totale de la membrane. On peut se trouver en présence de deux cas :

1°) *Le cas d'urgence* réalisé par une rétention menaçante ou par une tête fœtale qui ne descend plus : ici il faut pratiquer l'incision large et rapide de la cloison pour parer au plus pressé (la laparotomie est contre indiquée, car il est inutile de recourir à cette grave opération).

2°) *Le cas de non urgence* : là, l'excision totale telle qu'elle est décrite plus loin est l'intervention de choix que doit pratiquer le chirurgien moderne toujours soucieux de réaliser la cure la plus parfaite.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme.

La malade est mise en position gynécologique. Après badigeonnage de la région à la teinture d'iode on tâche de pincer la cloison et de l'attirer légèrement, puis on donne un coup de ciseau dont la pénétration est facilitée par la présence d'un orifice où on introduit la pointe.

On pratique alors au bistouri une incision circulaire de la membrane en suivant sa ligne d'insertion (parfois l'incision doit être profonde dans les membranes épaisses).

A l'aide d'une aiguille fine montée sur une pince, on fait au catgut une suture muco-muqueuse en surjet des deux lèvres ainsi ainsi formées, et on reconstitue une muqueuse vaginale sans solution de continuité.

Les résultats de l'opération sont excellents, l'accouchement est possible.

Ultérieurement on peut être obligé de faire quelques séances de massage digital de la cicatrice qui disparaît bientôt d'une façon définitive.

OBSERVATION I

(Docteur Robert Didier) inédite

Mme D... Albertine, âgée de 26 ans, vient nous consulter en avril 1928; elle souffre au moment des règles et au moment des rapports et, mariée depuis deux ans, se plaint de ne pas avoir d'enfant.

C'est une femme bien constituée, toujours bien réglée. A l'examen vaginal, on trouve au toucher un vagin de 5 à 6 cm. de profondeur, semblant fermé par un diaphragme serré. On ne sent pas le col par le toucher; le toucher rectal montre un utérus sain. Au spéculum on constate que l'entrée du vagin est normale, mais le conduit vaginal n'a que 5 à 6 cm. et le fond lisse et souple n'est perforé que d'un orifice central de quelques millimètres.

Le diagnostic de diaphragme perforé cloisonnant transversalement le vagin est posé et nous conseillons à la malade une intervention qui est acceptée.

Opération le 27 avril 1928, sous anesthésie générale à l'éther. Incision circulaire du vagin autour du diaphragme que l'on découpe aux ciseaux et qui est assez épais; le diaphragme enlevé, on trouve derrière le fond vaginal de quelques centimètres, un col utérin normal. La muqueuse du fond vaginal est souple. On reconstitue la muqueuse vaginale par un surjet circulaire au catgut,

au moyen d'une petite aiguille courbe montée. On bourre le vagin par une mèche de gaze.

Suites normales. Peu de temps après l'opération on fait à la malade des dilatations régulières au doigt, dans le but d'assouplir la muqueuse; ces dilatations poursuivies pendant quelques semaines, restent assez douloureuses.

La malade, sortie de l'hôpital une quinzaine de jours après son opération, vient nous revoir le 5 novembre 1928; le vagin est souple, les dilatations et les rapports ne sont plus douloureux, nous constatons un début de grossesse de deux mois environ. Accouchement à terme le 21 juin : le travail dure 15 heures : 10 pour la dilatation, 5 pour l'expulsion. Il ne se produit aucune rupture périnéale, aucune lésion du côté du vagin pendant et après l'accouchement.

La malade, revue en mai 1930, est en parfait état : elle nous avoue être à présent une « femme absolument normale ».

Il est impossible, par l'examen du vagin, tant au toucher qu'au spéculum, de voir qu'elle a subi une intervention chirurgicale : la muqueuse étant d'une souplesse parfaite.

OBSERVATION II

(Cas présenté par le Docteur Viannay)

Opération par Jaboulay

(La Gynécol, tome IXX, 1920, p. 319)

Joséphine R..., 36 ans, entre le 23 juin 1902 à la Clinique du Professeur Jaboulay.

Excellente santé dans l'enfance; première menstruation à 15 ans; pendant deux ans les règles sont normales et ne s'accompagnent d'aucune douleur ni d'aucun trouble nerveux.

A l'âge de 17 ans : scarlatine grave. Depuis cette époque, dit la malade, ont apparu des troubles dysménorrhéiques survenant d'abord toutes les 3 ou 4 époques et actuellement chaque mois. Aucun changement appréciable n'est survenu dans ces troubles après le mariage. Mariée à 29 ans, cette femme n'a jamais été enceinte. Depuis les troubles menstruels que nous allons décrire se reproduisent à peu près régulièrement chaque mois.

Un ou deux jours, quelquefois davantage (une semaine au plus) cette femme souffre dans le ventre, a des bouffées de chaleur au visage, de la céphalée. Puis un léger écoulement se produit, rose plutôt que rouge. Au bout de quelques heures cet écoulement s'arrête et la malade est prise de très violentes douleurs dans le bas ventre s'accompagnant de névralgies et de spasmes dans la moitié droite de la face et souvent de vomissements qui

se répètent jusqu'à 10 ou 15 fois dans l'espace de cinq heures. Puis la femme tombe dans un état comateux, perd complètement connaissance, écume quelquefois, dit-elle, mais ne s'est jamais mordu la langue.

Sur le conseil de Jaboulay la malade a été conduite à l'Hôtel-Dieu, le 23 juin c'est-à-dire 5 jours avant sa prochaine époque menstruelle.

Chez cette malade il existait à la limite du quart supérieur et des $\frac{3}{4}$ inférieurs du vagin un diaphragme transversal qui divisait ce conduit en deux parties inégales et superposées. L'inférieure avait un calibre à peu près normal, la supérieure formait une sorte de logette étroite dans laquelle le museau de tranche se trouvait comme emprisonné. Il résultait de cette malformation qu'au moment de la congestion menstruelle le col utérin turgescent se trouvait véritablement étranglé dans la logette vaginale supérieure : d'où un obstacle à l'écoulement des règles, des douleurs très vives et des phénomènes réflexes très accentués.

Quand on pratiquait le toucher vaginal on trouvait un vagin de calibre normal tout d'abord, puis qui allait en se rétrécissant légèrement, ayant ainsi une disposition infundibuliforme analogue à celle que présentent certains vagins séniles. Au fond de cet infundibulum on était arrêté à 6 centimètres de la vulve par un diaphragme transversal percé d'un orifice tout juste assez large pour admettre l'index. Cet orifice une fois franchi, avec un léger effort, le doigt explorateur arrivait sur le col utérin,

dont il faisait difficilement le tour à cause du peu d'ampleur des culs de sac vaginaux.

Opération le 24 juin.

Incision d'un coup de ciseau dans le sens transversal. On trouve une muqueuse adossée à elle-même avec un peu de tissu conjonctif au milieu. Tamponnement serré.

Suites opératoires normales. Les règles sont devenues courtes et indolores. Le vagin est entièrement reconstitué.

OBSERVATION III

(Docteur Tierny d'Arras)

Sur un Pyocolpos extirpé chez un bébé de trois mois

Rapport du Professeur Ombredanne

(*Société de Chirurgie*, décembre 1927)

La jeune X... (3 mois) présentait depuis 3 jours une rétention d'urine complète : le médecin l'a sondée, mais rien ne s'améliore, car cette rétention est due à une tumeur abdominale volumineuse, tendue, remontant jusqu'à mi-hauteur entre appendice xiphoïde et ombilic. Elle remplit les fosses iliaques et refoule la vessie en haut, de sorte que la sonde urétrale doit être poussée à 8 centimètres.

Le toucher rectal décèle une collection fluctuante, l'état général est précaire, le poulx petit, le facies pâle ; la température est de 38.

Le diagnostic hésite : on envisage mégacolon et kyste de l'ovaire ; mais l'état général empirant on se décide à intervenir.

2 jours après, le Docteur Tierny fait une laparotomie.

On trouve une masse du volume des deux poings casquée d'un utérus aplati, dont les ligaments recouvrent les parties latérales. En avant la vessie que ceinturent les uretères distendus. La tumeur adhère tellement à l'utérus qu'il faut le sacrifier. Mais après le refoulement de la vessie et des uretères la masse tient toujours au fond du bassin. On en tire alors par l'aspirateur 600 à 700 cm³ de pus mal lié non fétide ; une autre poche est ouverte pendant l'essai de clivage : on marsupialise alors la poche principale et on réseque la portion en excès.

A l'examen de la pièce, on constate qu'il s'agit de vagin épaissi qui reçoit normalement le col utérin et qui a un aspect cupuliforme.

L'enfant se rétablit alors régulièrement, ses accidents urinaires cessent ; une petite fistule sus-pubienne se ferme bientôt.

A signaler que jamais on n'avait rien constaté du côté de l'hymen, celui-ci était perforé en son centre d'un orifice où la sonde uréthrale s'égarait quelquefois.

Après l'opération, on a tenté le cathétérisme rétrograde du vagin marsupialisé : à peine entrée la sonde butait dans la poche.

On doit interpréter le cas de la façon suivante :
Existence d'un diaphragme congénital, cloisonnant le
vagin à sa partie moyenne : hémato-colpos consécutif à
des règles précoces et secondairement infectées.

OBSERVATION IV
(Professeur Lecène)

(*Bul. et Mém. Soc. de Chir.*, janvier 1928)

Au mois de novembre 1926, une jeune femme de
27 ans entre à Saint-Louis pour appendicite. Un mois
avant elle avait eü une crise nette d'appendicite, depuis
normalement refroidie.

Au toucher vaginal on ne sent pas de col utérin : le
vagin est assez profond (9 cm) mais se termine en cul de
sac. On voit que le centre de ce cul de sac est perforé par
un orifice de la dimension du bout d'une sonde canelée.
Au-dessus de cet orifice la sonde joue librement dans
une cavité qu'on suppose être la partie supérieure du
vagin, cloisonné par un diaphragme épais et perforé d'un
orifice punctiforme.

Le toucher rectal révèle un utérus et son col normaux.
La malade est toujours bien réglée, mais ses règles sont
peu abondantes; elle n'ignore pas sa malformation et
voudrait la voir disparaître pour avoir un enfant (un
accoucheur lui ayant dit qu'elle ne pourrait ni être opérée
ni avoir d'enfant).

L'opération a lieu le 15 décembre 1926.

Incision médiane sous-ombilicale : appendice encore rouge entouré d'adhérences, ablation de l'appendice; trompe, ovaires et utérus normaux.

Il est fait alors un décollement antérieur vésico-cervico-vaginal, poussé très loin pour bien exposer la face antérieure du vagin.

Incision de ce dernier, transversalement au ras du col utérin. On ouvre la chambre haute du vagin en communication avec le reste par un tout petit pertuis.

Incision du vagin au-dessous du diaphragme perforé. On enlève le diaphragme qui a 1 cm. d'épaisseur et la muqueuse est reconstituée par un surget muco-muqueux au catgut.

On péritonise en recousant le péritoine vésico-utérin et on draine. La malade rentre chez elle trois semaines après; elle est revue 4 mois plus tard, une légère sténose de la région suturée cède à la dilatation par la bougie d'Hégar.

10 mois après la malade devient enceinte, fait une grossesse normale, la cicatrice des sutures s'efface.

Il n'y a aucune raison de penser que l'accouchement ne se fera pas normalement puisque l'anneau vaginal est souple et facilement dilatable.

On a opéré par voie haute à cause de l'appendice, mais l'extraction par le vagin eut été très possible, comme dans l'observation qui suit.

OBSERVATION V

(Docteur Hertz)
(Hôpital Rotschild)

*Rapport du Professeur Lecène
à la Société Chirurgie du 16 mai 1928*

Mme L. F., 18 ans, nous est adressée le 13 janvier 1926, elle souffre de vives douleurs au moment des rapports, et l'intromission de la verge est très limitée. Elle est mariée depuis 1 mois et demi, et son mari suppose qu'elle n'est pas déflorée.

Il s'agit d'une femme normale et bien constituée, réglée à 13 ans. A ce moment-là elle a souffert, ressenti une sensation de gonflement, puis perdu goutte à goutte du sang pendant quelques jours; à partir du sixième jour de ses époques menstruelles, il s'écoule un liquide fétide.

Les touchers rectal et vaginal montrent un utérus normal, mais on ne sent pas le museau de tanche, le doigt pénétrant dans un vagin de 6 cm de profondeur dont le fond est lisse.

Au spéculum : l'hymen déchiré dévoile un orifice vaginal large et au fond de cette cavité se trouve un orifice central d'un millimètre qui laisse échapper du sang goutte à goutte (nous sommes au troisième jour des règles).

Opération le 18 janvier 1926.

L'incision transversale de la cloison par la voie naturelle ouvre une cavité d'où sortent du sang et des caillots brunâtres et fétides. On déterge au tampon ; lavage iodé. L'incision est prolongée jusqu'aux parois latérales du vagin. Résection en demi valve du diaphragme en repérant avec des pinces de Chaput les deux lèvres ainsi créées (côté utérin et côté vulvaire). Suture à points séparés de ces deux lèvres au catgut. Lavage iodé, mèche.

La malade a été revue 2 ans après ; elle avait accouché normalement dans l'intervalle.

Donc : 1° cicatrice souple extensible ;

2° extraction par les voies naturelles, car le diaphragme n'est qu'à 6 centimètres ;

3°) on opère uniquement pour le cloisonnement et non pour une tuméfaction pelvienne ou une appendicite.

OBSERVATION VI

(Docteur Daniel Ferey, de Saint-Malo)

Société de Chirurgie

(*Rapport du Professeur Lecène*)

M. C. consulte le 20 décembre 1927 pour une cloison transversale qui ferme complètement son vagin et que le médecin a reconnue.

Mariée depuis 8 ans, elle a toujours souffert du coït. Quand la verge pénètre elle a une sensation de distension très pénible comparable à celle de la déchirure

hyménéale du premier rapport. Les médecins consultés ont nié la possibilité de fécondation et d'accouchement.

Cependant la malade avait régulièrement ses règles 8 jours par mois. Il y avait donc dans le cas de cloisonnement un petit pertuis par où s'écoulait le sang.

Le 6 décembre 1927 la malade est en état d'aménorrhée complète depuis 6 mois; le doigt qui pratique le toucher est arrêté à 4 centimètres de la vulve par une cloison charnue, épaisse, souple, lisse, régulière qui ferme entièrement le vagin. On a la sensation que donne le toucher vaginal chez une femme ayant subi une hystérectomie totale basse. On touche bien une cloison, non une membrane. Le tableau symptomatique à part les renseignements fournis par le col ne permet pas de douter d'une grossesse, mais le petit pertuis par où s'écoule le sang reste introuvable, même au spéculum. On reste donc dans l'expectative.

Le 27 février la malade à terme est examinée à nouveau. Toujours la même sensation de cloison épaisse, pas le moindre ramollissement, et toujours aucun orifice.

Premier temps : abdominal. Césarienne haute le 28 février. On peut enlever le placenta en bloc, l'utérus est fermé avec un surjet en lacet de soulier; drainage de l'utérus à sa partie supérieure et fermeture de la paroi.

Deuxième temps : vaginal. La malade est mise en position gynécologique, la cloison tombe sous la pression du sang de l'utérus, pression qui permet d'apercevoir le petit pertuis gros comme la tête d'une épingle et qui laisse

échapper le sang goutte à goutte. On introduit dans cet orifice une pince de Kocher et on incise la cloison dans toute sa largeur. Son épaisseur et de 2 à 3 m/m.

Evolution opératoire très simple. Revue 3 mois après. La malade a eu deux fois ses règles; l'utérus a repris sa position normale. Au niveau de la cloison persiste un anneau d'un centimètre d'épaisseur, souple, mais résistant.

[Il faut bien adapter la conduite au cas particulier. On n'a pas enlevé la cloison aussi subsiste-t-il un petit anneau assez épais, fibreux, qui pourrait être une cause de déchirement à la prochaine grossesse.]

OBSERVATION VII

(Docteur Guillemin,
Chirurgien des Hôpitaux de Nancy)

(Société de Chirurgie du 21 novembre 1928)

(Rapport du Professeur Lecène)

Mme J. F..., 20 ans, tisserande. Aucun antécédent morbide, n'a encore jamais été réglée.

Depuis un an seulement elle a quelques symptômes d'un molimen menstruel caractérisé par des douleurs lombaires.

Le 3 novembre 1919, elle souffre de picotements à l'hypogastre et de douleurs dans le dos. Elle interrompt son travail et constate la présence d'une tuméfaction de

la grosseur d'une noix au-dessus de la symphyse. Quand elle travaille à nouveau, la tuméfaction augmente.

Le 12, rétention d'urine. Le médecin constate (après sondage) une tumeur ombilicale et dans le vagin « ni col, ni quoi que ce soit ».

Le 16, sa tumeur est dure, mobile, mate, un peu résistante. Le toucher rectal montre que tout le bassin est rempli d'une masse douloureuse refoulant la paroi antérieure du rectum. La malade a des vomissements de bile, un état saburral des muqueuses et une constipation opiniâtre; elle se déprime rapidement. Au toucher vaginal, hymen intact; le doigt pénètre à 1 cm de profondeur et sent un cul de sac qui bombe dans le vagin. La fluctuation imprimée par la main abdominale lui est transmise.

Intervention le 18 décembre : débridement de l'hymen, incision de la cloison au bistouri, élargissement avec une pince. Il s'écoule 900 grammes de sang noir, visqueux, inodore, cependant que la tumeur abdominale disparaît peu à peu.

Pansement occlusif.

La membrane a un centimètre d'épaisseur; sa couleur est rosée avec une ligne brune médiane et il est impossible de découvrir un orifice à sa surface.

Dans les jours qui suivent, la malade ne souffre plus et perd très peu de séro-sang.

Par delà la cloison on sent le col avec un peu d'oedème des lèvres.

Le 6 janvier, la malade quitte l'hôpital.

Depuis elle a ses règles régulièrement, sans douleurs, et a eu deux enfants sans dystocie.

OBSERVATION VIII

(Docteur Guillemin,

Chirurgien des Hôpitaux de Nancy)

(Société de Chirurgie du 21 novembre 1928)

(*Rapport du Professeur Lecène*)

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans mariée depuis deux ans, inquiète de ne pas avoir eu d'enfants.

Elle a toujours été réglée régulièrement, mais ses règles sont douloureuses et traînantes. Le mari éprouve quelques difficultés pour les rapports.

Le toucher vaginal aussitôt pratiqué révèle un obstacle situé à 4 ou 5 centimètres de la vulve et le spéculum difficilement introduit montre qu'il s'agit d'une cloison membraneuse épaisse perforée en son centre d'un orifice gros comme un crayon.

Le Docteur Guillemin ne pouvant enlever totalement le diaphragme en raison de l'épaisseur qu'il présente à sa base (5 millimètres), pratique deux incisions longitudinales qui sont suturées transversalement. La bougie d'Hégar n° 25 passe alors facilement. On découvre un utérus infantile et en antéflexion prononcée. Au bout d'un an la malade est revue et on ne trouve plus trace du diaphragme.

OBSERVATION IX

(Docteur Guillemin)

Chirurgien des Hôpitaux de Nancy

(Société de Chirurgie du 21 novembre 1928)

(*Rapport du Professeur Lecène*)

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans dont les antécédents personnels sont difficiles à retrouver. Elle n'a pas eu de troubles de rétension menstruelle, mais elle présente au tiers supérieur du vagin une cloison perforée par un orifice qui admet à peu près un crayon. Ce cloisonnement a environ 2 millimètres d'épaisseur.

Mariée sans enfant, cette femme ne doutait pas de sa malformation qui ne gênait d'ailleurs que très peu les rapports. Par ailleurs, l'examen de la femme révèle une conformation absolument normale.

Le Docteur Guillemin pratique comme dans l'observation précédente l'excision complète du diaphragme suivie d'une suture au catgut. Les suites opératoires sont normales.

Depuis la femme a fait une grossesse très bien supportée, terminée par un accouchement eutocique.

OBSERVATION X

OBSERVATION DU D^r FRISTO DE METZ

(Gazette des Hôpitaux 1861, n° 96)

Le 16 novembre 1865, je fus appelé au village...

pour terminer un accouchement que la sage-femme ne pouvait mener à bonne fin. Je trouve une jeune fille de 22 ans baignant dans son sang; elle souffrait atrocement depuis 14 heures; elle a fait une hémorragie considérable et des syncopes fréquentes.

En portant la main à la vulve, je la trouve obstruée par une épaisse membrane percée à son centre d'une ouverture admettant à peine le petit doigt.

Cet obstacle bien constaté je le fendis crucialement; mais au-delà de cette cloison il y en avait une autre, puis une troisième et enfin une quatrième : je les détruisis l'une après l'autre avec le bistouri.

Au travers des cloisons dilatées au doigt, j'extrayai un fœtus mort : l'hémorragie cessa et tout rentra dans l'ordre.

Cette jeune fille était venue chez sa tante pour cacher sa grossesse.

A sa puberté elle avait supporté de grands orages pour sa menstruation; elle a toujours eu des règles douloureuses et lentes jusqu'à ce qu'un chirurgien lui ait coupé une peau qui fermait le passage. Jamais le coït n'a pu avoir lieu.

La fille tranquille sur les résultats possibles de ses penchants n'a fait alors que s'amuser persuadée qu'elle ne pouvait devenir enceinte, erreur à laquelle l'a fait renoncer l'avis d'un accoucheur.

OBSERVATION XI

(Docteur Jarjavay)

(Journal *Le Progrès*, 1859, p. 561)

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui a été réglée à 16 ans sans troubles.

Pendant un examen pour une blennorrhagie, on constate que le speculum ne peut pénétrer dans le vagin plus de 5 à 6 centimètres.

En écartant les valves de l'instrument, le D^r Jarjavay reconnaît la présence d'un cul de sac avec deux petits orifices sur les parties latérales; à travers le cloisonnement il perçoit par le toucher le col utérin.

Opération. — La sonde de Belloc, armée d'un fil est passée dans l'orifice droit, puis la tige centrale étant poussée, le ressort ramène l'extrémité mousse de l'instrument vers l'extrémité gauche de la cloison; le bouton de la sonde sort par l'orifice gauche avec le fil.

Traction sur le fil et section de la cloison ainsi tendue. Tamponnement à la charpie; en six jours la cicatrisation est opérée.

OBSERVATION XII

(Docteur KIWISK, in Scanzoni)

(Scanzoni : *Traité des maladies des organes sexuels*,
1858, p. 415).

En 1849 se présenta à la clinique gynécologique de Prague une jeune femme mariée depuis peu souffrant d'aménorrhée depuis l'âge de 17 ans.

Elle avait bien des efforts menstruels caractérisés, mais commençait à faire de la chlorose.

Dans sa 21^e année, elle rendit, après une colique utérine très violente, une grande quantité de sang noir et fétide. La menstruation se régularisa, mais le coït n'avait lieu qu'imparfaitement et avec de violentes douleurs.

A l'examen, le vagin très court était obstrué par une membrane transversale très mince à laquelle le doigt ne reconnaissait aucune ouverture.

En explorant minutieusement, nous aperçûmes au milieu une ouverture en forme d'entonnoir de 2 cent. $\frac{1}{2}$ de large.

Kiwish dilata cette ouverture avec le bistouri et put pénétrer le doigt dans le vagin.

Dès lors le coït eut lieu normalement.

OBSERVATION XIII
(Docteur Delisle de Valognes)

(*Journal général de Médecine* 1819, tome LXVI, p. 94)

M. Delisle a observé le cas d'une occlusion du vagin par deux membranes dont l'une était l'hymen, l'autre siégeait plus haut et se rompit sous l'effort du sang des règles.

Après cette rupture on trouva un petit bourrelet dur et épais : Delisle incisa le bourrelet, dilata le vagin et la guérison fut complète.

C'est en somme une guérison spontanée mais qui eut probablement gêné l'accouchement.

OBSERVATION XIV
recueillie par M. Locatelli

(*Gazette Méd., Paris* 1848, p. 106)

Une jeune fille de 26 ans jouissant auparavant d'une bonne santé avait été prise à cette époque de douleurs dans la région rénale qui revenaient tous les mois et duraient 5 jours.

La malade dépérissant lentement se fait examiner : on constate l'occlusion du vagin à mi-hauteur par une membrane.

Le ventre offre au-dessus du pubis une tumeur comme la tête d'un fœtus : le doigt porté contre la membrane

obturatrice du vagin sentait le reflux d'une impulsion exercée sur la tumeur abdominale.

Le poulx était faible et il survenait des accès hystériques. L'incision de la membrane donne issue à un sang noir mêlé à de la mucosité : l'écoulement augmente à la pression sur le ventre.

Pendant l'opération peu de douleurs ; mais peu après s'établissent tous les symptômes d'une péritonite qui emporte la malade en deux jours.

A l'autopsie, les trompes adhèrent à la face postérieure des ovaires et sont distendues à gauche comme un œuf, à droite comme une noix.

La membrane obturant le vagin avait deux lignes d'épaisseur.

OBSERVATION XV

(Docteur Upshur)

(*Gazette médicale*, page 643)

1854

Une jeune fille de 18 ans, de race noire avait senti depuis 15 mois des symptômes analogues à ceux qui précèdent l'apparition des règles ; ces phénomènes se répétaient tous les mois sans écoulement.

Une tumeur arrondie, bien limitée, grossissait peu à peu au-dessus du pubis, augmentait à chaque période et simulait une matrice gravide.

Il y avait depuis 18 mois des douleurs inguinales

et lombaires avec gêne dans les fonctions du rectum et de la vessie : le doigt était arrêté à un pouce $\frac{1}{2}$ de l'entrée du vagin par une cloison résistante, épaisse et à paroi lisse. En pressant au-dessus du pubis on y sentait nettement la fluctuation transmise : de même par le rectum.

Opération. — Perforation du centre de la cloison par un trocart ordinaire et incision cruciale; le doigt de l'opérateur déchire les tissus.

Puis division couche par couche : écoulement de beaucoup de liquide noirâtre.

3 mois après, nouvelle rétention et évacuation tardive.

OBSERVATION XVI

(Docteur Guillemeau)

(*Œuvres de chirurgie*, Rouen 1649)

Une honnête fille étant sur le point d'avoir ses purgations, fut très malade; le ventre lui enfla avec élancements par en bas et vomissements qui la travaillaient pour la retenue des dites purgations qui ne pouvaient sortir en raison de la membrane qui bouchait le passage.

« Fut fort difficile à recognoistre à médecins et chirurgiens. Tous les remèdes furent baillés sans soulagement on fut d'avis de la marier. Ce fut le mari qui reconnust le mal.

M. Le Fort, chirurgien-juré, à Paris, coupa ladite

membrane et fit telle ouverture qu'il sortit plus de trois livres de sang, gourmeleux et noir comme poix fondue.

Un an après je parachevai l'incision à demi-faite, ce que fis fort heureusement.

OBSERVATION XVII

(Docteur Piochaud, de Genève)

La première fois que M. Piochaud fut appelé à examiner cette malade, il y avait dans le ventre une tumeur grosse comme une tête d'adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, et que l'on sentait également par le vagin à 3 ou 4 centimètres de profondeur.

A cette distance de la vulve, le doigt était d'ailleurs arrêté par une résistance invincible, et ne trouvait rien qui donnât l'idée du col utérin. L'indication d'opérer étant rendue évidente par le retour et la violence des douleurs à chaque époque menstruelle, M. Piochaud fit d'abord avec le trocart une ponction qui donna issue à une certaine quantité de matière foncée ayant la consistance d'une gelée un peu liquide. Sûr alors qu'il s'agissait bien de rétention du sang menstruel, il incisa avec le bistouri boutonné à droite et à gauche et vit alors sortir une très grande quantité (plus d'un litre) de sang liquide de couleur chocolat.

Explorant avec le doigt, il fut constaté au-dessus de l'incision l'existence d'une poche dans laquelle proémi-

nait un col utérin parfaitement conformé, dont l'orifice était seulement assez ouvert pour permettre au doigt d'arriver facilement dans la cavité utérine. L'imperforation occupait donc non pas l'utérus lui-même, mais le vagin et consistait en une sorte de cloisonnement membraneux qui séparait ce canal en deux parties, l'une inférieure et l'autre supérieure, dans laquelle s'ouvrait le col de l'utérus. Aucune suite sérieuse, si ce n'est un léger phlegmon de la fosse iliaque, n'est venue compliquer cette heureuse opération, et la malade a eu, sept semaines après, ses règles normalement et sans douleurs, ce qui prouve que la voie établie par le bistouri ne s'était pas oblitérée. Pourtant M. Piochaud a constaté qu'elle s'était notablement rétrécie et qu'il pense que si une grossesse a lieu plus tard, l'accouchement ne pourra pas se faire sans un nouveau débridement.

OBSERVATION XVIII

(Docteur Rossignol)

(*Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 142)

P... (Reine), âgée de 21 ans, est entrée à St-Lazare. Elle porte dans le vagin, un peu en avant du col de l'utérus une sorte de cloison membraneuse placée de champ, et percée à son centre d'un orifice arrondi, étroit comme la lumière d'une plume d'oie. Cette cloison partage ainsi le vagin en deux portions. Cette fille n'a jamais eu d'enfants. Elle est entrée pour une inflamma-

tion au col utérin avec ulcération granulée et catarrhe utérin très abondant, purulent. Cet écoulement mucopurulent séjourne dans cet arrière compartiment du vagin, sorte de vestibule de la matrice. A l'époque des règles, quand le sang coule avec abondance et que quelques mucosités épaisses obstruent l'étroit orifice, tous les symptômes d'une dysménorrhée par obstacle mécanique éclatent; des douleurs, des coliques très vives, etc..., mettent cette fille dans un état de souffrance extrême et au fur et à mesure que le sang coule, les accidents diminuent et disparaissent.

M. Boys de Loury divisa cet écran membraneux en trois lambeaux qu'on maintint écartés au moyen d'un tampon qui remplissait le fond du vagin; dès lors l'écoulement menstruel comme aussi l'écoulement catarrhal eurent une issue facile et le col une fois démasqué, on eut un libre accès pour agir sur l'érosion et en obtenir plus promptement la guérison.

OBSERVATION XIX

(Docteur Bouchacourt)

(*Bul. de Thérap.*, p. 285)

La nommée A..., âgée de 31 ans, entre le 26 août à la Charité de Lyon pour y accoucher. Elle avait déjà des douleurs depuis cinq jours : La sœur accoucheuse, en pratiquant le toucher, reconnaît un obstacle membra-

neux situé à 8 ou 10 lignes de la vulve. Elle fait appeler le D^r Nichet qui constate à son tour la cloison dont l'orifice admettait seulement le doigt auriculaire. Comme le col était dilaté, on attendit seulement une heure pour voir si la cloison n'allait pas se dilater à son tour et voyant qu'il n'en était rien, on fit l'incision. Les douleurs cessèrent alors et le seigle ergoté fut impuissant à les réveiller.

On appliqua le forceps et l'accouchement fut heureusement terminé pour la mère. Enfant mort.

Quelques jours après, il n'existait plus trace de la cloison.

OBSERVATION LACHAPELLE Loc. cit., p. 398

(*Prat. des Accouch.*, p. 397)

Dans le mois de Mars 1821, je reçus à l'hospice une femme en travail qui portait au milieu du vagin une membrane de même forme et même consistance; mais son bord adhérent était à gauche et non en avant; de sorte qu'elle n'obstruait que la moitié gauche du canal. Il en fut de celle-ci comme de la précédente : la tête la distendit, s'en couvrit comme d'une coiffe, puis, au milieu d'une forte contraction utérine la rompit et passa outre.

Ces deux membranes occupaient le milieu du vagin pris dans sa hauteur; on ne pouvait donc pas les prendre pour l'hymen ou pour un reste de cette membrane.

CONCLUSIONS

1) les cloisons transversales du vagin d'origine congénitale peuvent s'expliquer par un arrêt de développement.

2) Elles se rencontrent très rarement.

3) Les cloisonnements sans orifice sont en général reconnus après la puberté (une seule observation porte sur un nourrisson).

4) Les cloisons perforées ne sont reconnues que par le coït et quelquefois même l'accouchement.

5) Les cloisons complètes sont plus graves que les cloisons perforées en raison des accidents de rétention totale.

6) L'opération doit toujours être faite autant que possible en dehors des époques menstruelles; s'il y a grossesse on attendra le moment de l'accouchement pour ne pas être exposé à provoquer un avortement ou un accouchement prématuré.

7) L'opération consistera en une incision cruciale dans les cas urgents; dans tous les autres l'excision totale réalise le traitement de choix.

Cette excision totale sera pratiquée par les voies naturelles toutes les fois qu'une complication abdominale ou une erreur de diagnostic ne réclamera pas la laparotomie.

Vu, le Doyen :
ROGER.

Vu, le Président :
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

1) *Ouvrages et publications à consulter sur les cloisons transversales du vagin*

- AETIUS. — *Contractæ et veteribus*, Lugdurie, 1549.
ALBUCASIS. — Trad. Leclerc, p. 171.
ASTRUC. — *Trait. mal. femmes*. Paris, 1761, p. 229.
AVICENNE. — *Opera.*, Venetus, 1607, p. 952.
BERNUTZ. — *Clin. Méd. mal. fem.*, 1860.
CAPURON. — *Mal. des fem.*, 1817.
CELSE. — *De re med.*, liber VII, cap. 28; éd. Haller, Lausanne, 1772, p. 154.
DALECHAMP. — *Chir. franç.*, Lyon, 1570, p. 430.
GOSSELIN. — *Clin. chir.*, 1873, p. 451.
GUÉRETIN. — *Imperf. de l'hymen*, 1873. Thèse de Paris.
GUILLEMEAU. — *Œuvres de Chir.*, Rouen, 1649. . . *De l'heureux accouch.*, p. 310.
HIPPOCRATE. — *Œuvres comp.* Trad. Littré. Tome VIII, pp. 97, 325, 410.
LEDRU. — *De l'hymen*. Thèse Paris, 1855.
LEFORT. — *Thèse agrégation* 1863, p. 140.
PLINE. — *Hist. nat.* Trad. Guérault, p. 41.
SCAUZONI. — *Mal. org. sex.*, 1858, p. 415.
SERRIÈRE. — *De l'imperf. hymen*. Paris, 1866.
THÉVENIN. — *Tr. opér. chir.* Paris 1658, ch. LXV et LXIX.
VAULPRÉ. — *Déchir. du vag.*, 1838. Thèse Paris.
VELPEAU. — *Tr. de méd. opér.*, 1839, t. IV, p. 352.
WIER. — *Mal. fem.*, 1660.

2) *Liste des auteurs ayant fourni des observations*

- BOUCHACOURT. — *Bul. de Thérap.*, p. 285.
DELISLE. — *Journ. gén. de Méd.*, 1819, p. 94.
FEREY D. — *Bul. et mém. soc. chir.*, 1928.
FRISTO. — *Gaz. des hôpit.*, 1861.
GUILLEMEAU. — *Œuvres de Chir. de Rouen*, 1649.

- GUILLEMIN (Nancy). — *Bul. et mém. soc. chir.*, nov. 1928.
HERTZ (Rotchild). — *Bul. et mém. soc. chir.*, mai 1928.
JARJAVAY. — *Journ. le Progrès*, 1859, p. 561.
KIWISCH. — *Mal. des org. sexuels*, p. 420.
LACHAPELLE. — *Prat. des accouchements*, p. 397.
LÉCÈNE. — *Bul. et mém. soc. de chir.*, janv. 1928.
LOCATELLI. — *Gaz. méd. de Paris*, 1848, p. 106.
PIACHAUD. — *Gaz. des hôp.*, 1857, p. 464.
ROSSIGNOL. — *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 142.
TIERNY (Arras). — *Soc. chir.*, déc. 1927.
UPSHUR. — *Gaz. méd. de Paris*, 1854, p. 37.
VAUTRIN. — *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1903, p. 23.
VIENNAY. — *La gym.*, tome 19, 1920, p. 319.

R. CHIOT, Maître-Imprimeur, Joigny (Yonne).

